



Bureau of TennCare

Petición de rechazo

Después de llenar y firmar este papel, envíelo a: Shared Health
Attn: Compliance
P.O. Box 751
Chattanooga, TN 37401-0751

Use esta pagina **SOLAMENTE** para decirnos que **no** quiere que su información médica aparezca en el expediente clínico Clinical Health Record™.

1. ¿Quién es el paciente?

Apellido		Nombre		Inicial	
No. de ID (SSN)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		No. de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

Marque una

Yo soy el paciente Yo tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona.

Yo soy su: Padre/madre Tutor Otra relación (especifique) _____

TennCare usa el expediente clínico Clinical Health Record™ para enviar su información médica a las computadoras de los consultorios de sus médicos. La información médica es información que lo identifica, como su nombre y su fecha de nacimiento. También es información sobre su salud y su historia clínica. Tener esa información médica le ayuda a usted y a su médico a tomar mejores decisiones sobre su atención. **Recuerde que aunque firme este formulario:**

- TennCare conservará su información médica y la podrá divulgar dentro de lo permitido por las reglas de privacidad. Pero su información médica **no** aparecerá en este expediente Clinical Health Record™.
- Los proveedores médicos **seguirán** viendo su nombre, fecha de nacimiento o número de ID. Su expediente dirá que usted decidió no mostrar su información médica.

2. Firma del paciente

Yo **no** quiero divulgar mi información médica en el expediente clínico Clinical Health Record™.

Firme aquí: _____

Firma o marca ("X") del paciente

Fecha

()

Si firmó "X", díganos el nombre de la persona que le ayudó.

Teléfono de la persona que ayudó

Calle, Ciudad, Estado, Código postal de la persona que ayudó

3. Firma del representante autorizado (si corresponde)

Representante autorizado significa que tiene un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de un paciente que no puede firmar legalmente por su cuenta. *Tiene que incluir con esta hoja una copia del comprobante legal que dice que usted puede actuar en nombre de esta persona. Si no lo incluye ahora, nos lo tiene que enviar en un plazo de treinta (30) días. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres debe firmar en su nombre. Los padres no tienen que tener un comprobante.

Firma de la persona que firma en nombre del paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Teléfono

Calle, Ciudad, Estado, Código postal